

# les risques psychosociaux

*dans les Centres Départementaux d'Action Sociale d'Ille-et-Vilaine*

## cahier revendicatif & plan d'action

*Hygiène, Sécurité et Conditions de Travail  
en faveur des agents des CDAS présentés par Sud*

**D**epuis plusieurs années, les travailleurs sociaux exerçant sur le territoire départemental font face à des situations sanitaires et sociales dramatiques et à une augmentation des accompagnements dans une situation de pénurie de moyens. Ces agents, qui œuvrent à remplir quotidiennement leurs missions de protection maternelle infantile, de protection de l'enfance, d'accompagnement social, d'insertion ou de prise en charge des personnes âgées et handicapées, travaillent à flux tendu, sans marge de manœuvre et dans des conditions de travail difficiles mettant souvent en péril leur équilibre de vie et leur santé.

Face à la situation, SUD a tiré la sonnette d'alarme à plusieurs reprises au regard :

- de la multiplication des situations d'épuisement professionnel, des arrêts maladie, des manifestations de mal être physique et psychique affectant la santé des agents ;
- des conditions d'exercice professionnel dégradées rendant leur métier difficile et éprouvant ;
- de la perte de confiance des agents envers l'institution ;
- du sentiment de découragement des personnels et d'une perte de sens manifeste dans leur travail ;
- de problématiques d'organisation, de décision et de management.



Pour agir efficacement dans le champ des conditions de travail et de la santé au travail, il faut au préalable comprendre ce qui est en jeu. Cela suppose de mieux appréhender les situations de travail, notamment les écarts entre l'organisation prescrite et ce que vivent les agents au quotidien et d'explicitier les mécanismes en œuvre engendrant le mal être et la souffrance au travail. Il s'agit enfin de saisir les liens entre l'organisation du travail et son impact sur la santé des personnels et la qualité du service rendu.

**Cet écrit a donc valeur de témoignage, d'analyse et d'alerte.** Il a vocation à convoquer l'obligation juridique de protection et de prévention de la collectivité à l'égard de ses agents. Il vise, comme finalité, **l'amélioration**

**effective des conditions d'exposition aux risques en termes de conditions de travail, d'organisation et de "management" individuel et collectif.**

Il a été présenté et transmis au CHSCT dont le rôle est précisément de contribuer à la promotion de la prévention des risques professionnels, de susciter toute initiative qu'il estime utile dans cette perspective conformément à l'article L4612-3 du Code du travail et de suggérer toutes mesures de nature à améliorer l'hygiène et la sécurité au travail. ■

## cadre juridique de la saisine du CHSCT

En vertu du dispositif juridique mixte relevant du Code du Travail et du statut de la Fonction Publique Territoriale issues :

- de la **loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires** : les fonctionnaires territoriaux ont droit à la protection de leur santé et de leur intégrité physique ;
- de la **loi n°84-53 du 26 janvier 1984** ;
- du **décret cadre n° 85-603 du 10 juin 1985** relatif à l'hygiène et à la sécurité au travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale et sa circulaire du 12 octobre 2012 ;
- du **4ème partie du livre I à V du Code du Travail** ;
- du **décret n°2012-170 du 5 février 2012** ;
- de **l'accord-cadre du 22 octobre 2013** relatif à la prévention des risques psychosociaux dans la Fonction publique ;
- de la **circulaire du 20 mars 2014 du Premier ministre sur la mise en œuvre du plan national d'action** pour la prévention des risques psychosociaux dans les trois Fonctions publiques.

## sommaire

page

<b>1 - L'enquête SECAFI de 2013.....</b>	<b>2</b>
<b>2 - Risques psychosociaux et facteurs de pénibilité dans les CDAS.....</b>	<b>4</b>
2.1 - Présentation des risques psycho-sociaux (RPS)	
2.2 - Spécificité des risques psycho-sociaux en CDAS	
2.3 - Les enquêtes CHSCT	
<b>3 - Évolution des conditions d'emploi dans le social : un secteur en panne.....</b>	<b>6</b>
3.1 - Le contexte social et l'austérité : conséquences sur les missions de service public	
3.2 - La rationalisation des moyens et la qualité des interventions	
3.3 - La protection de l'enfance : un secteur en peine	
<b>4 - Revendications de SUD Départementaux 35 en matière de prévention des risques psychosociaux pour les agents des CDAS.....</b>	<b>8</b>
4.1 - Le sens du travail	
4.2 - Organisation du travail	
4.3 - Temps de travail	
4.4 - Les problématiques multiples qui se cumulent en CDAS.....	<b>10</b>
4.4.1 - Création de postes	
4.4.2 - Remplacements dans les CDAS	
4.4.3 - Groupe d'analyse de pratiques et supervision	
4.4.4 - Sécurité des CDAS	
4.4.5 - Le « management » des CDAS	
4.4.6 - « Echec et PAT » ou véritable dispositif de reclassement	
4.4.7 - Les expérimentations, les évolutions des missions et des fiches de postes	
4.4.8 - Les actions collectives	
4.4.9 - La confidentialité et le secret professionnel	
4.4.10 - Les référentiels sociaux et médico-sociaux	
4.4.11 - Médecine préventive	
4.4.12 - Les assistantes familiales	
<b>5 - La responsabilité de l'employeur.....</b>	<b>15</b>
pour conclure.....	16

## 1 - L'enquête SECAFI de 2013

Les difficultés dans les CDAS ne sont pas nouvelles. L'enquête du cabinet SECAFI conduite en 2012/2013 confirmait déjà les signaux d'alarme dans les métiers du social qu'elle considérait très exposés avec un risque particulièrement fort à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE).

Construites sur la catégorisation des facteurs de risque du rapport Gollac de 2011, six familles de facteurs de risques psycho-sociaux ont été retenues dans le cadre de la méthodologie de cette enquête (insécurité socio-économique, autonomie et marges de manœuvre, exigences au travail, rapports sociaux et relations de travail, exigences émotionnelles, conflits de valeurs).

Avec un taux de 66% de réponses pour l'ensemble des salariés du département et 69% pour les agents des CDAS (606 répondants sur 880 agents CDAS), les résultats ont été considérés comme significatifs sur l'ampleur du mal-être et la souffrance des personnels.

L'analyse détaillée en 2012 pour les métiers du social faisait émerger des facteurs de tensions remarquables :

- une insécurité socio-économique qui ressort fortement comme facteur de risque <sup>1</sup> ;
- une soutenabilité au travail vécue comme difficile,
- un manque d'autonomie et de prévisibilité du travail <sup>2</sup> ;
- un manque de participation et de représentations dans les changements décrits comme des facteurs de tensions exprimés par les agents (pas suffisamment informés sur l'avenir, sentiment d'une absence de prise en compte de leur avis pour les évolutions envisagées) ;
- des métiers du travail social très nettement plus exposés à des situations choquantes ou traumatisantes notamment un risque d'agression plus élevé ;
- une charge de travail excessive par rapport au dimensionnement des équipes et l'inadéquation des effectifs relevées comme venant altérer la qualité du travail ;
- des agents potentiellement en difficulté ou en souffrance.

Les facteurs de tension étaient plutôt positionnés au niveau macro autour de l'institution et de l'organisation.

Au niveau institutionnel, l'expression d'un besoin de soutien était très marqué (réassurance sur l'avenir de

la collectivité et des métiers, acteurs ressources, solutions apportées par la collectivité en cas de difficultés, reconnaissance du travail et des efforts réalisés).

Au niveau organisationnel, des points de tension ont émergé :

- une charge de travail importante ;
- un manque d'autonomie ;
- une perception des conditions de travail moins favorable ;
- des moyens alloués manquant (humains, matériels, informationnels) ;
- des attentes de cadrage sur les modalités de réalisation du travail ;
- des temps d'échanges sur le travail au sein du collectif ou des entretiens annuels.

Mais aussi des attentes exprimées du point de vue des ressources humaines :

- parcours professionnels individuels (formation ; mobilités, évolutions de carrière) ;
- participation et représentation des agents aux prises de décision.

Bien que la relation au public soit majoritairement vécue comme une ressource dans le travail, le cabinet SECAFI constatait que 51% des répondants exprimaient vivre des situations choquantes ou traumatisantes, conséquence de l'exposition à des agressions ou liées à la confrontation à la détresse physique, psychique ou sociale du public.

L'enquête mettait en évidence que les émotions ressenties et exprimées au travail pouvaient davantage mettre en tension les personnels des CDAS et constituaient pour 15% d'entre eux un facteur de risque (agressions verbales et physiques).

Sur les conditions de travail, le cabinet relevait par ailleurs une intensification du travail avec un dépassement des horaires de travail pour assurer le maintien des délais fixés et limiter le retard cumulé. SECAFI notait que si le sentiment de faire un travail de qualité était prédominant, la charge de travail et l'inadéquation aux effectifs pouvaient venir altérer cette qualité.

Le cabinet SECAFI portait par ailleurs le constat d'un collectif de travail soudé avec des attentes vis-à-vis de l'encadrement confirmées en termes d'animation d'équipe, d'équité et de reconnaissance du travail. Le cabinet relevait aussi que les qualités appréciées dans la relation aux encadrants étaient clairement identifiées dans leur compétence technique et l'absence de

<sup>1</sup> Il ne suffit pas de « bénéficier » de la sécurité de l'emploi pour se sentir à l'abri de la crise actuelle et se penser en situation de sécurité économique. L'hypersensibilisation liée au contexte et le déficit de garantie institutionnelle crée une situation où le doute domine. Dès lors, le moindre signe vient alimenter et confirmer l'hypothèse d'une dégradation à venir du statut si ce n'est d'une fin (restrictions budgétaires, non remplacement des départs, externalisation des services liée à la nécessité de faire des économies, multiplication des recours aux contractuels).

<sup>2</sup> les agents font état d'un manque d'autonomie et de l'absence de choix dans la façon de procéder qui sont source de tensions chez les personnels soumis à une charge de travail importante et des délais à respecter.

pression. Il était cependant repéré l'émergence de tensions en lien avec le rôle d'animation et de régulation de l'encadrement (arbitrage et soutien en cas de problèmes, responsabilité des choix décisionnels, échanges professionnels sur le travail).

SECAFI relevait alors que « les questions liées aux rapports sociaux et relations au travail en particulier avec l'encadrement, et la perte d'intérêt et d'adhésion à la collectivité sont plus prégnants pour cette population à risque fort ». Le cabinet notait également « une concordance entre les thématiques mises en avant par cette population à risque fort et l'ensemble des répondants sur les dimensions liées à l'insécurité socio-économique, l'autonomie et les marges de manœuvre ».

Pour conclure, au regard de la perception dégradée des conditions de travail et de la santé, **le cabinet**

**SCAFI était alors fondé à considérer la situation préoccupante pour les agents travaillant en CDAS et les travailleurs sociaux de l'Aide Sociale à l'Enfance exposés à un risque fort.**

Cette catégorie d'agents constituaient **un des profils les plus concernés par les troubles anxio-dépressifs** (avec les agents d'exploitation des routes, agents techniques et de service général) **avec une forte proportion de lien établi avec le travail**. Les manifestations et conséquences sur la santé au travail étaient à l'époque avérées avec des troubles anxio-dépressifs majeurs et des symptômes très répandus (douleurs musculaires ou articulaires, fatigue persistante, troubles du sommeil) allant pour certains agents jusqu'aux addictions en lien avec le travail, aux traitements médicamenteux ou aux comportements violents et agressifs.

## 2 - Risques psychosociaux et facteurs de pénibilité dans les CDAS

### 2.1 - Présentation des risques psycho-sociaux (RPS)

Les risques psycho-sociaux sont définis comme "les risques pour la santé mentale, physique et sociale engendrés par les conditions d'emplois et les facteurs organisationnels et relationnels". Les RPS peuvent se manifester de façon plus ou moins réversibles et sous diverses formes (troubles de la concentration, troubles du sommeil, maux de tête, irritabilité, nervosité, fatigue, palpitations, erreurs, oublis, difficulté à prendre des initiatives, repli sur soi, crise de larmes, sentiment de mal-être, agressivité verbale ou physique...).

Les conséquences des RPS sur la santé physique des salariés peuvent être explorées à travers des études qualitatives et épidémiologiques et révéler des pathologies (troubles psychiques, maladies cardio-vasculaires, troubles musculo-squelettiques...) avec un accroissement des risques pouvant atteindre 50% à

100% en cas d'exposition. A noter que ces pathologies lourdes sont les plus fréquentes, les plus coûteuses et les plus invalidantes pour les adultes.

Les RPS ont également des répercussions organisationnelles et économiques pour les employeurs publics et un coût pour la société dans son ensemble du fait de :

- l'augmentation de l'absentéisme et du turn-over ;
- l'augmentation des accidents du travail ;
- la démotivation et la baisse de créativité ;
- la dégradation du climat social et la mauvaise ambiance de travail.

A titre d'information, l'INRS évalue le coût social du stress en France à 3 milliards d'euros par an.

### 2.2 - Spécificité des risques psycho-sociaux en CDAS

Les RPS pour les agents<sup>3</sup> en CDAS sont spécifiques. Ils touchent, d'une part, à la dimension des métiers fondés sur le "sens" de l'aide à la construction ou reconstruction de l'individu et s'appuient, d'autre part, sur une culture professionnelle du travail fondée sur des missions d'utilité sociale avec une éthique et un fort engagement professionnel.

Or, les institutions publiques comme les structures du médico-social sont soumises à des évolutions comparables à celles des entreprises du secteur concurrentiel. Les exigences à l'égard des salariés ont évolué et sont plus importantes avec le développement d'une logique de résultat ou la mise en place d'objectifs individuels.

La problématique des risques sociaux interroge le "vivre ensemble" et relève souvent d'un conflit de valeurs ou d'une qualité empêchée. Depuis plusieurs années dans le travail social, l'organisation et l'aide à la personne ne se réfèrent plus à la culture professionnelle mais davantage à une culture du "chiffre". La logique de rendement supplante peu à peu le sens de l'aide ou de la prise en charge.

Les attentes des salariés à l'égard de leur travail sont également plus fortes (sens du travail, reconnaissance de soi et des efforts fournis, souhait de participer aux évolutions...), alors même que la dimension expressive, à laquelle ils sont invités au travail, est de plus en plus questionnée par la hiérarchie.

<sup>3</sup> par agents en CDAS, nous considérerons toutes les filières en présence (administrative, sociale, médico-sociale, etc.), tous les métiers et par-delà les statuts (assistants familiaux y compris)



Les collectifs ont tendance à s'affaiblir en raison, à la fois, des attentes des salariés en matière d'individualisation, mais aussi, d'un "management" qui s'attache davantage aux individus (objectifs et évaluation individuelle) et agit souvent au détriment du collectif de travail.

Les changements constants (réorganisations, évolutions des missions, des postes, des pratiques,...) marquent également la vie professionnelle des salariés et leur rapport à l'employeur dans une relation plus exigeante et plus fragile (sentiment d'insécurité).

A cela, s'ajoutent des caractéristiques propres au secteur social et médico-social, qui posent avec acuité la question des risques psychosociaux. Un temps important consacré au travail constitue ainsi un facteur de risque psychosocial dès lors qu'il perturbe la vie familiale et sociale.

La dimension émotionnelle est également particulièrement mobilisée dans ce secteur. Le travail social repose en grande partie sur une relation d'aide et d'accompagnement de personnes en difficulté, en souffrance physique ou psychique, avec qui il faut être en contact de façon régulière et continue. Cela impose une maîtrise de soi, de ses affects et un savoir-

être professionnel susceptible potentiellement d'être percuté dans ses valeurs et son éthique.

Les risques sont particulièrement marqués en cas de situations conflictuelles avec ce public : certains professionnel-les devant faire face à la violence des bénéficiaires ou entre enfants ou adultes accompagnés. Ces métiers restent donc exigeants parce qu'ils mobilisent fortement les valeurs et la subjectivité des professionnel-les dans leur relation avec les usagers et dans un registre à la fois professionnel et humain.

Ces facteurs de risques sont souvent considérés comme les « risques du métier » car inhérents à la fonction voire ordinaires. Ils n'en sont pas moins dangereux et peuvent atteindre l'intégrité des personnels. Des mesures de prévention et de protection sont en ce sens indispensables.

Pour autant, le contact avec la souffrance se vit différemment d'une personne à l'autre, selon les conditions dans lesquelles le travail s'accomplit et l'accompagnement qui est proposé. Un travail sur l'organisation et les conditions de réalisation des activités professionnelles a incontestablement un effet modérateur (effectif suffisant, anticipation des situations, animation d'équipe, temps de régulation...).

### 2.3 - Les enquêtes CHSCT

Les différentes enquêtes CHSCT en CDAS conduites en 2015-2016 au Département d'Ille et Vilaine (CDAS de Cleunay, CDAS de Vitré) et les éléments de la médecine de prévention convergent vers une mise en évidence de risques psycho-sociaux forts et une pénibilité au travail pour le personnel dans les CDAS quelle que soit son unité de travail.

Un certain nombre d'éléments significatifs font état d'une situation préoccupante sur le plan des RPS :

- nombreuses alertes sur les conditions de travail difficiles pour l'exercice des missions :
  - surcharge de travail entraînant une amplitude horaire excessive,
  - interventions tardives le soir,
  - cumul d'heures supplémentaires non récupérées,
  - absence de pause méridienne,
  - forte amplitude journalière,
  - préoccupation du travail permanente menaçant l'équilibre de vie,
  - absence de délimitation entre sphères professionnelle et privée (démarches et rédaction de rapports à domicile),
  - absentéisme pour maladie ;
- manifestations visibles sur la santé, la sécurité et la vie personnelle des agents :
  - manifestations somatiques,
  - troubles du sommeil,

- stress chronique lié à l'urgence et à la complexité des situations à traiter,
- anxiété découlant d'une exigence forte de réponses et de réactivité de la part des partenaires institutionnels ou des assistants familiaux,
- addiction aux médicaments (antidépresseurs...),
- épuisement professionnel (ou burn out).

SUD fait le constat d'une dégradation manifeste des conditions de travail pour les personnels exerçant en CDAS conduisant au découragement et à l'épuisement des intervenants associés à un sentiment insupportable de cautionner une défaillance ou "imposture" institutionnelle. Si les CDAS se caractérisent par une grande diversité de métiers, ils sont tous concernés à leur niveau par les enjeux de santé au travail (accident, absentéisme pour maladie, pénibilité, stress...).

Nous pouvons cibler des problématiques essentielles autour de :

- l'usure professionnelle ;
- la gestion des âges et des statuts (contractuels, titulaires, assistants familiaux) dans les équipes ;
- l'animation des équipes ;
- la soutenabilité, le maintien dans l'emploi et les dispositifs de reclassement professionnel ;
- l'intégration de nouveaux professionnel-les.

## 3 - Évolution des conditions d'emploi dans le social : un secteur en panne

### 3.1 - Le contexte social et l'austérité : conséquences sur les missions de service public

Né sous l'impulsion du Conseil national de la résistance dans le contexte social et économique d'après-guerre, le travail social s'est inscrit dans la professionnalisation des métiers d'entraide (assistant social, éducateur) et le développement d'institutions d'aide à la personne à la suite des activités professionnelles et caritatives.

La demande sociale croissante liée à la paupérisation des populations touchées par la crise et le précaire des salariés a impacté fortement les missions d'aide sociale, les dispositifs et les conditions de travail des agents depuis plusieurs années. Cette situation aurait pu être résorbée par des engagements forts de solidarité de l'État-social avec un financement adapté aux circonstances. Au lieu de cela, l'État a failli à son devoir d'assistance. Il s'est engagé dans des restrictions budgétaires sans précédent dans ses propres services mais aussi en exigeant des économies drastiques dans les collectivités territoriales pour contenir sa dette, impactant ainsi le service public local.

L'aide sociale constituant pour les Conseils départementaux une de leurs principales compétences et un de leurs budgets majeurs, les effets cumulés (dépenses croissantes et diminution des recettes) menacent aujourd'hui l'équilibre budgétaire imposé aux collectivités territoriales et la pérennité de ces missions obligatoires.

Les politiques alignées sur ce nouveau paradigme libéral (fin de l'État dit providence, financiarisation de la société et libéralisation des services) depuis les années 1990, la crise financière de 2008 et les politiques d'austérité n'ont cessé de dégrader la qualité des services publics de santé et du social qui répondaient aux besoins des populations fragilisées. Il faut désormais faire mieux et plus avec moins, tel est le leitmotiv.

**Conséquence directe des restrictions budgétaires, le désengagement des partenaires du sanitaire et du social engendre aujourd'hui une sur-sollicitation des CDAS** dans toutes les missions (ASE, polyvalence, PMI, Insertion, PA/PH) en fragilisant les équipes en pénurie de moyens humains et en bousculant les pratiques professionnelles sans véritable réflexion sur le plan éthique et déontologique.

Depuis, **la charge de travail très soutenue et l'intensification du travail n'ont cessé de progresser** avec des effets très palpables sur la santé du personnel mais aussi sur le sens du travail social.

**Le secteur social a aussi connu une évolution continue du contexte législatif et réglementaire** dans tous les domaines (réforme de la protection de

l'Enfance en 2007, loi 2002-2, réforme de la protection des majeurs, loi Hôpital Patients Santé Territoires...) avec des effets sur le plan de l'organisation, du financement ou de la place de l'utilisateur et de sa famille. Ces évolutions ont modifié en profondeur le travail des professionnels et les conditions de réalisation des missions.

**Le partenariat et la coopération sur le territoire avec les dispositifs associatifs ou de droit commun** ont, eux aussi, évolué avec des restructurations et des retraits d'intervention à la suite de restrictions budgétaires de l'État ou du secteur sanitaire et médico-social sous l'impulsion des ARS. Les institutions et services publics, préoccupés par la gestion et la rationalisation des moyens, ont également opéré des changements qui compromettent paradoxalement la finalité de leur action en faveur d'un service de qualité à l'utilisateur (et par cascade les interventions des partenaires).

Conséquence ou pas d'un défaut de prise en charge, on constate **une évolution des difficultés des usagers vers de plus lourdes pathologies** qui nécessitent de mobiliser des moyens conséquents en accompagnement, qu'ils soient disponibles ou pas.

Faute de ressources, l'absence de réponse institutionnelle aux situations n'est également pas rare (par exemple : délai de rendez-vous de trois semaines pour des situations d'urgence) et peut générer de fait une violence institutionnelle pour l'utilisateur (qui la retournera contre l'agent). Elle peut aussi conduire à une dégradation de la situation qui nécessitera de déployer plus de mesures qu'il en aurait fallu en agissant plus tôt.

Dans ce contexte, **l'accès aux droits fondamentaux n'est plus garanti aujourd'hui**. Il existe, à l'évidence, sur le département, des **inégalités de traitement dans les situations prises en charge dans le cadre des missions d'aide sociale** avec un risque d'exclusion qui menace à terme la cohésion sociale. Comment prend-on en charge les situations des sans-abris, les familles de réfugiés à la rue avec enfants, les personnes précarisées et invisibles (retraités, jeunes en errance) si les politiques de solidarité et de prévention en leur direction ne sont pas mises en œuvre ?

Pour conclure, les restrictions budgétaires, les choix opérés pour y faire face et la façon dont les agents ont été associés questionnent tout autant le sens que les professionnels donnent à leur travail qu'ils impactent indéniablement les conditions d'emploi et la santé des personnels.

**Pour SUD, il existe un lien direct entre l'expression des risques psychosociaux et les réformes des poli-**

**tiques publiques en terme de restrictions budgétaires et d'économies de postes de professionnel-les.**

### 3.2 - La rationalisation des moyens et la qualité des interventions

**La rationalisation des coûts** qui touche toutes les missions de service public percutent plus encore le secteur social tant sur le plan de l'accès aux droits que sur le sens de l'intervention sociale en direction des populations (priorisation des aides, choix d'économies...).

En France, les réformes successives hâtivement mises en place (LOLF, RGPP...) et la mise en œuvre des normes contraignantes de la nouvelle gestion publique imposées par le tournant néo-libéral se sont révélées catastrophiques dans les services publics et particulièrement le secteur social. Les gouvernements successifs ont sciemment adopté une certaine culture de l'entreprise qui a envahi les services de l'État et des collectivités territoriales par la logique de rentabilité.

C'est cette nouvelle organisation du travail, à la fois technocratique et bureaucratique, qui écrase la pratique des métiers et produit une véritable souffrance chez les agents contraints de l'appliquer. La colère exprimée des travailleurs sociaux révèle en ce sens une véritable crise qui provient d'un nouveau mode de gouvernance des individus par la performance et la concurrence en imposant partout l'évaluation quantitative.

« *L'évaluation constitue la nouvelle manière de donner des ordres en se parant de la fausse objectivité des chiffres. Ces normes opèrent au détriment de la prise en compte de la qualité réelle des activités professionnelles et de leurs objectifs spécifiques : soigner, enseigner, accompagner les solidarités sociales, innover et transmettre les œuvres humaines par la culture en ce qui concerne le secteur non marchand de l'économie.* » Extrait du **Manifeste de la politique des métiers - L'appel des cents**

### 3.3 - La protection de l'enfance : un secteur en peine

Citons en préalable l'article L112-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles : « *La Protection de l'Enfance vise à garantir la prise en compte des besoins fondamentaux, à soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social, et à préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation, dans le respect de ses droits* ».

En France, la protection de l'enfance repose sur un double système, administratif et judiciaire. La protection administrative est placée sous la responsabilité du Président du Conseil Départemental et assurée par le service d'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). La protection judiciaire est mise en œuvre par le juge des enfants. Il incombe au Président du Conseil Départemental, en

Pour reprendre Hannah Arendt, **garantir à chacun « Le droit d'avoir des droits »** est un préalable. Le travail social s'inscrit dans ce droit d'être considéré comme un sujet politique, le droit d'avoir du temps, le droit de penser et de partager sa vie dans une histoire et dans une culture.

Les outils quantitatifs dit "indicateurs d'activité" (ou « performance » du travailleur social), quand ils ne sont pas élaborés par les professionnels et ne leur sont pas directement destinés, ne rendent compte ni de la qualité ni de la réalité du travail effectué et encore moins de l'efficacité ou du respect des principes d'intervention (service public). Ils sont au contraire source de pressions et conduisent à orienter à terme l'intervention vers une logique de traitement plutôt que d'accompagnement social des personnes. Les données statistiques recueillies sur les populations (ONED, INED...) ont, a contrario, leur utilité pour comprendre l'évolution des situations sociales et mesurer les effets des politiques d'intervention sociale ou de prévention à long terme.

**Notre administration n'est malheureusement pas exempte de cette quantophrénie dans sa volonté de "chiffrer" le travail social pour accorder des moyens.** Un usage statistique et immodéré des chiffres (référentiels, indicateurs d'activité) ne rend assurément pas compte de la complexité et de la réalité et dessert toute forme de raisonnement ou de réflexion en faveur de l'humain (qu'il soit usager ou professionnel).

Ce point nous apparaît extrêmement important car l'obsession de quantifier le travail social très présente, associée à une suspicion envers les métiers du lien, visent à délégitimer les compétences des professionnels du social.

tant que chef de file de la Protection de l'Enfance (réaffirmée par la loi du 5 mars 2007), la responsabilité d'élaborer un schéma dont la vocation principale est d'améliorer les réponses apportées aux enfants, aux familles et aux jeunes majeurs en grandes difficultés, tant en matière de prévention que de protection.

Les métiers de la protection de l'enfance ont donc, au regard de la responsabilité, cette particularité d'être **émotionnellement et psychologiquement exigeants** pour les professionnels. Ils mobilisent en effet un investissement fort dans la relation à l'autre (enfants et parents en souffrance) et aussi une dimension humaine indissociable de l'engagement professionnel. Les deux aspects fondamentaux de cette activité re-

posent sur l'évaluation du danger pour l'enfant et la mise en œuvre de mesures de protection. La question temporelle est essentielle comme outil de travail tant pour la mise en confiance que pour "l'efficacité" des accompagnements éducatifs. Nous l'avons vu précédemment dans les enquêtes CHSCT, l'ASE est un secteur particulièrement en tension faute de moyens humains et où tous les choix pour libérer du temps provoquent un tiraillement fort et difficile pour les professionnels.

Dans le champ éducatif, **les évolutions de la protection de l'enfance sont aussi de plus en plus marquées par des textes qui préconisent la sur-responsabilisation et la culpabilisation des familles** comme alternative à la déliquescence du lien social, en ignorant que la précarisation de la population induit nécessairement une fragilisation de la fonction parentale.

La Protection de l'Enfance est confrontée elle aussi à la réduction des dépenses et invitée à trouver des pistes d'économies par des préconisations « sous-jacentes » agissant sur :

- la déjudiciarisation (la diminution des placements judiciaires permet une baisse substantielle des coûts) ;

- le développement des prises en charge à domicile ;
- la réduction du nombre de prises en charge en foyers éducatifs (au profit des assistants familiaux quels que soient les profils des enfants) ;
- la baisse des contrats jeunes majeurs par une accélération dans la prise d'autonomie.

Certaines dérives apparaissent subtilement dans certains départements où la déclinaison budgétaire prend peu à peu l'ascendant sur l'intérêt de l'enfant au détriment de la prise en compte de ses besoins fondamentaux et de sa sécurité. Pour agir à cette fin, les procédures de décisions sont questionnées, les évaluations des travailleurs sociaux reformatées et les pratiques professionnelles restreintes à des interventions ponctuelles ou segmentées en direction de l'enfant.

Contraire à l'éthique professionnelle et à la relation éducative, nous condamnons ces modes de gestion qui produisent chez les travailleurs sociaux de l'ASE une perte de sens sans précédent et une qualité de travail empêchée, facteurs de risques psychosociaux.

## 4 - Revendications de SUD Départementaux 35 en matière de prévention des risques psychosociaux pour les agents des CDAS

### 4.1 - Le sens du travail

Nous avons vu précédemment que la question du sens, inhérente aux métiers du social, est profondément réinterrogée aujourd'hui. En effet, l'accès au service public tend vers un mode de plus en plus dégradé en raison de la réduction des coûts qui affectent directement les missions sociales. Pour les travailleurs sociaux, dont la mission centrée sur l'intérêt des populations est de faire valoir leurs droits et leurs besoins, l'exercice professionnel suppose une confiance vis-à-vis de l'administration qui les "mandate" et des élus qui définissent les politiques sociales sur le territoire.

A ce titre, les engagements politiques réaffirmant les solidarités et le vivre ensemble sont prépondérants et nécessitent d'être clarifiés dans un projet de mandature explicite à communiquer aux personnels des CDAS. Cette déclaration d'intention en "profession de foi" sociale est d'autant plus importante que des points de tension et d'incompréhension sont apparus sur les dernières années dans les choix d'intervention du Département (jeunes majeurs, mineurs isolés étrangers...)

### 4.2 - Organisation du travail

Procédures, logiciels, imprimés, rapports, tableau d'indicateurs sont autant d'outils ou d'habiletés utilisés

et les prises de positions (référence au texte "Action sociale : boulet financier ou renouveau de la solidarité").

Le syndicat SUD s'est, pour sa part, toujours affirmé contre les modes d'intervention standardisés et ceux exclusivement dirigés vers les publics prioritaires au détriment de l'ensemble de la population et de la prévention.

- ☛ **Un projet de mandature tourné vers les politiques de solidarité humaine est donc attendu par les personnels des CDAS.**
- ☛ **Redonner sa place à la responsabilité éthique, aux fondements du travail social et au bien fondé de l'accompagnement social est un préalable indispensable à la sécurisation des personnels à la fois pour réaffirmer le sens de l'intervention sociale mais aussi conforter et sauvegarder des pratiques professionnelles bienveillantes (ou humainement « bien traitantes») et en faveur des personnes.**

au quotidien par les agents des CDAS pour activer les dispositifs d'aide. L'entité organisationnelle et fonc-



tionnelle est en effet omniprésente et peut s'avérer complexe au regard de la multiplication des strates institutionnelles et des validations décisionnelles.

Le développement de nouvelles technologies de l'information, de la communication et d'applications multiples s'est accru au fil des années sans qu'il y ait eu de véritables interrogations ou concertations quant à l'usage et aux incidences sur les conditions de travail. Ces outils, devenus incontournables, apportent certes des facilités pour le personnel, mais également des contraintes en termes de temps au détriment de leur cœur de métier (accompagnement social ou administratif). On constate aujourd'hui une préoccupation majeure sur ces aspects, dites accessoires, qui impacte l'autonomie de travail (connexion permanente, utilisation chronophage...), mais aussi les rapports entre agents et avec la hiérarchie (calendrier Outlook à renseigner, consignes par mail mais sans échange direct, management à distance...).

Les technologies de l'information et de la communication ne peuvent se réduire à une automatisation des procédures d'accompagnement et une catégorisation des personnes qui dépossèderaient les professionnels de leur responsabilité éthique vis-à-vis de l'usager au profit unique de l'efficacité du traitement des situations.

### 4.3 - Temps de travail

La contrainte du temps apparaît comme la préoccupation majeure des agents des CDAS, tous métiers confondus, avec un rythme et une charge de travail jugés nettement insatisfaisants. Les relevés chronométriques de certains personnels illustrent la situation (heures supplémentaires à l'année : entre 126 h et 180 h pour un travailleur social ASE, 170 h pour un RCDAS, 1 500h sur l'ensemble d'un CDAS). Cette intensification du travail n'a cessé de progresser depuis plusieurs années et dans une proportion démesurée pour certains professionnels. Nombreux sont les agents qui déclarent ne pas prendre de pause méridienne plusieurs fois par semaine et/ou exécuter une partie de leur travail à domicile, faute de temps (rapports). Malgré ce surinvestissement professionnel et cet empiètement sur la vie personnelle, beaucoup considèrent ne pas réaliser un travail de qualité.

**Les conditions de travail actuelles ne sont pas compatibles avec la vie privée et compromettent un travail soutenable.**

Par ailleurs, il faut tenir compte du fait que les équipes de CDAS sont constituées de personnels sédentaires et de personnels itinérants qui rencontrent les familles, les enfants, les partenaires, les personnes à l'extérieur (permanence) ou à domicile. Les horaires administratifs sont, de fait, soumis à une nécessaire adaptation aux besoins des usagers. Pour exemple, le travail sur le budget d'un foyer avec des personnes

Si l'informatisation des métiers du social apportent certains avantages, elle rencontre aussi de nombreux dysfonctionnements qui compliquent les tâches et alourdissent la charge de travail (exemple des logiciels GENESIS, GFD). Les agents sont submergés de mails, de messages, de notes, ce qui conduit à déresponsabiliser les hiérarchies, à diminuer les coopérations entre agents (repli sur soi) et à renforcer l'implication individuelle au travail en affaiblissant la cohésion des collectifs de travail. S'y ajoute aussi l'injonction de répondre en temps réel aux sollicitations venant de l'extérieur ou du service qui engendre une pression temporelle accrue.

L'usage de ces outils nécessite également une polyvalence de compétences (usage des logiciels, bureautique...) qu'il convient d'interroger.

➤ **Ces changements n'ont jamais été étudiés en terme d'incidence alors qu'ils ont modifié en profondeur le travail et accentué, sans nul doute, l'écart entre ce qui est demandé aux professionnels en terme de métier et ce qui est finalement réalisé dans cette complexité. Une étude d'impact des technologies de l'information et de la communication (TIC) sur les travailleurs sociaux aurait un intérêt incontestable.**

salariées ne peut bien souvent se faire qu'après leur travail. De même, pour le traitement des informations préoccupantes (encadré par des délais et des protocoles), qui nécessite des rencontres avec les parents et les enfants concernés le soir et hors temps scolaire. **L'impératif d'accompagnement en dehors des plages fixes entraîne à l'usage nécessairement des heures supplémentaires.**

Il est important de soulever que les agents des CDAS ont aussi à faire face à des injonctions contradictoires (exercer les missions tout en contenant les heures supplémentaires). Les prescriptions « managériales » sur ce point sont sources d'incompréhension, de remise en cause voire de dévalorisation tant sur un plan professionnel que personnel.

Le règlement intérieur de la Collectivité précise aujourd'hui pour les agents que les heures supplémentaires donnent lieu à récupération prioritairement sur des plages variables (8h-9h30 ; 12-14h ; 16h30-19h) et exceptionnellement sur les plages fixes avec l'accord du chef de service. La durée de travail est sensée être vérifiée en fin de période mensuelle et en fin d'année par le supérieur hiérarchique. Or, certains travailleurs sociaux sont confrontés au refus de leur supérieur de récupérer des heures supplémentaires sur plages fixes alors que cette demande est justifiée et permettrait au professionnel de récupérer physiquement et psychologiquement dans de meilleures

conditions. **Reconnaître et favoriser cette pratique permettrait indéniablement de travailler dans de bonnes conditions et de limiter les risques psychosociaux.**

Le règlement intérieur doit être adapté aux réalités d'exercice des métiers en CDAS. Cette mesure, qui n'implique aucun moyen financier, constituerait une juste considération du travail effectué avec un droit à récupération sur quelques heures ou des demi-journées. Nous proposons donc :

- ☛ **La mise en place d'une alerte chronotique à partir de 44 heures sur un cycle hebdomadaire**

## 4.4 - Les problématiques multiples qui se cumulent en CDAS

### 4.4.1 - Création de postes

La rétrospective des redéploiements présentée entre 2009 et 2015 fait apparaître un total de 33,7 postes répartis dans les CDAS (dont 14 ASE, 11 AS, 8,7 secrétaires) ajouté aux 18 REF, 6 RAF, 2 RCDAS, 4,7 CT et 4,7 psychologues. On comptabilise ainsi 35 postes consacrés à l'animation, au conseil technique et à l'encadrement et 33 postes affectés aux métiers du terrain. Si ce chiffre peut paraître important à certains, il reste modeste à l'échelle des 22 CDAS et à relativiser au regard de la croissance des besoins en aide sociale depuis 2010.

L'identification et la visibilité de ces postes sont en effet difficiles, d'une part parce que répartis sur 22 CDAS, ils n'ont pas renforcé de façon conséquente les effectifs et, d'autre part, parce qu'ils ne compensent pas les carences de moyens notamment ceux issus de la non-compensation des temps partiels. Les redéploiements opérés passent donc assez inaperçus compte tenu des besoins criants dans les CDAS.

Les positionnements que l'on a pu voir (cf. texte « Action sociale : boulet financier ou renouveau des solidarités ») opposant rationalisation/mutation de société et adaptation des interventions sociales au contexte financier sont, à l'évidence, source de malentendu pour les professionnels. **Cette interprétation équivoque qui confond finalité du travail social et adaptation des pratiques aux moyens octroyés est à cet égard dangereuse.**

C'est la raison pour laquelle, nous regardons avec la plus grande prudence les indicateurs d'activité dont l'usage ne témoigne en aucun cas de « l'efficacité professionnelle » des travailleurs sociaux. Les statistiques rendent en effet compte des situations qui demandent tels suivis, signalements, accompagnements ou mesures mais excluent toutes les démarches

### 4.4.2 - Remplacements dans les CDAS

La présence des remplaçants au sein des CDAS a toujours été une constante des métiers. Elle devient aujourd'hui plus problématique en raison de la progression d'arrêts maladie liés à la fatigue des

(soit 5 heures maximum d'heures supplémentaires par semaine) et un seuil de 15 heures cumulées sur un cycle mensuel (la législation limite réglementairement à 48 heures maximum sur une même semaine et 44 heures en moyenne sur une période de 12 semaines consécutives) ;

- ☛ **la récupération des heures supplémentaires sur des plages fixes ;**
- ☛ **un bilan chronotique annuel pour chaque CDAS à communiquer au CHSCT.**

et le travail « invisible » qui ont évité un dossier de surendettement, une mesure d'accompagnement judiciaire, ou un placement judiciaire. **La quantification actuelle ne rend pas compte de la réalité du travail social, par méconnaissance ou du fait de sa complexité, et entraîne une sous-estimation de la charge de travail.**

Nous proposons dans ce cadre :

- ☛ **analyser les points de tensions dans chaque CDAS et affecter le besoin en postes supplémentaires, en tenant compte de la charge de travail effective, exprimée par les professionnels ;**
- ☛ **renforcer a priori les équipes plutôt que remplacer a posteriori.**

L'absence de compensation pour temps partiels entraîne une charge de travail supplémentaire assumée par les personnels en poste permanent ou en partie par l'agent lui-même. Dans certains CDAS, le cumul de plusieurs temps partiels au sein d'une même équipe peut atteindre 0,5 ETP et engendrer un déficit de poste conséquent faute de renforts. **Nous réaffirmons le droit des agents à faire valoir un temps partiel pour convenance personnelle et la nécessité d'une compensation de temps partiels quelle que soit leur spécificité (de droit ou pour convenance personnelle).** Il est important de relever que de nombreuses demandes de temps partiels pour convenance personnelle sont motivées par le souci de se préserver d'un épuisement professionnel. Cette solution par défaut est un aménagement personnel en vue de se maintenir dans l'emploi jusqu'à la fin de la carrière.

- ☛ **compenser les temps partiels pour préserver les équipes et les agents.**

professionnels et depuis la suppression du pool de remplacement.

- ☛ **La nécessité d'un remplacement des travailleurs sociaux le plus rapidement possible s'impose**

**donc pour préserver les équipes dans l'incapacité de prendre en charge le travail supplémentaire. Notre revendication sur ce point est conforme à l'engagement de la collectivité à l'issue des États Généraux de 2011, à savoir le remplacement des travailleurs sociaux en arrêt maladie sans délai de carence.**

La tentation de l'administration **d'ajuster mois par mois les moyens humains par des renforts et des remplacements au plus juste besoin à couvrir** (sans parler des remplacements non honorés en raison des enveloppes budgétaires vides), **est le plus souvent contre-productive**. Le fait de recourir à des agents non-titulaires sur des périodes courtes ne permet pas en effet de soulager les équipes.

Par ailleurs, si la venue des remplaçants était considérée antérieurement comme un ressource, elle devient aujourd'hui une contrainte supplémentaire de part la courte durée de présence et le turn-over important qu'elle engendre. En l'état actuel des équipes, la prise de poste des remplaçants pose en effet la question des conditions de leur arrivée et de la nécessaire formation aux pratiques et transmission d'informations sur les situations à accompagner. En dehors des livrets d'accueil qui leur sont transmis, se rendre disponible pour un collègue prenant ses fonctions suppose de pouvoir laisser son propre travail.

#### 4.4.3 - Groupe d'analyse de pratiques et supervision

Nous avons vu précédemment que les métiers du travail social sont exigeants émotionnellement et psychologiquement car très exposés à la souffrance des personnes et aux agressions verbales et physiques. Nous ne répèterons jamais assez l'importance des temps de réflexion et des espaces de respiration permettant de s'arrêter de « faire » pour penser. Pour agir sur ce point et prévenir les conséquences sur la santé individuelle des agents et collective des équipes, les supervisions et groupes d'analyse de pratique mises en place ont montré des effets bénéfiques.

☛ **Leur continuité est indispensable car elles constituent un soutien certain aux professionnels et un facteur protecteur des risques psychosociaux.**

Les organiser sur le principe du volontariat et sur la base de propositions des participants apparait le plus

#### 4.4.4 - Sécurité des CDAS

Les situations de tensions continues avec le public peuvent contribuer à un effondrement brutal des professionnels à la suite d'épisodes violents. C'est la raison pour laquelle l'employeur doit agir sur le plan de la protection immédiate mais aussi pour limiter en amont la survenue de ces situations par des réponses adaptées aux situations.

Le dispositif de remplaçants travailleurs sociaux titulaires expérimentés et formés spécifiquement à cette fin tel qu'il était conçu dans le pool de remplacement permettrait de réduire les délais d'intervention et de sécuriser les équipes dans la durée. Cette mise en œuvre avait sur les équipes en CDAS des effets vertueux qui manquent aujourd'hui.

Rappelons que le collectif est le meilleur remède et constitue un facteur de protection face aux risques psycho-sociaux. L'instabilité des équipes est une véritable pierre d'achoppement qu'il faut résoudre impérativement car elle est à la fois la conséquence et la cause des conditions d'emploi difficiles. Des équipes en tension et une charge de travail intense conduisent les agents à plus ou moins long terme à un point de rupture (demande de mobilité, arrêt maladie, démission). Il est par ailleurs difficile pour les agents dans les conditions actuelles d'imaginer pouvoir exercer les métiers du social dans la durée (à l'ASE particulièrement).

☛ **Compte tenu du nombre d'arrêts (conгés maternité, maladie ordinaire et longue maladie), nous demandons la remise en activité d'un pool de remplacement composé d'agents titulaires.**

adapté. L'animation par un professionnel extérieur dans le cadre d'approches théoriques respectueuses des personnes et non aliénantes sont des garanties indispensables. **A ce titre, l'employeur doit être vigilant dans le choix des intervenants en ne retenant que ceux issus de références théoriques reconnues et exclus de la liste recensée par la Miviludes** (Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires). A noter que **le rapport annuel de la Miviludes a épinglé certaines techniques de coaching, dont la PNL (Programmation Neuro-Linguistique) qui a pénétré les formations continues**. Nous réitérons notre recommandation sur ce point.

☛ **Exclure les intervenants dont l'approche théorique est référencée négativement par la Miviludes.**

Les mesures prises par l'employeur pour assurer plus de sécurité des personnels dans les CDAS sur les temps d'ouverture (borne d'accueil, bureaux d'entretien avec hublot, système d'alerte, signalement des agressions verbales et physiques, procédures...) sont bienvenues si elles n'entrent pas dans une dérive sécuritaire. La sécurité des agents sur des temps de rencontre en CDAS ou en dehors des heures d'ac-



cueil du public doit aussi tenir compte des contraintes des usagers. Ainsi, dans certains cas, des interventions ont nécessairement lieu entre 18h et 20h. La rigidité des protocoles de sécurité (pas d'intervention après 18h30) compromet dans ce cas le service rendu aux usagers et les nécessaires situations d'urgence (ordonnance de placement, rendez-vous information préocupante).

#### 4.4.5 - Le « management » des CDAS

On ne peut pas évacuer la question de l'encadrement (dit management) des équipes si l'on évoque le travail social. Le travail social est un travail d'accompagnement basé sur la relation établie entre le professionnel et l'utilisateur. Accueillir un usager, l'écouter, établir un accompagnement social est fort éloigné d'une réponse administrative. Le social s'inscrit en effet dans la prise en compte de la personne dans sa globalité (personnel, social, culturel). Sa problématique ne se réduit donc pas à un dossier.

En recevant des consignes de travail et des modes opératoires stricts issus du modèle marchand qui ne tiennent pas compte de cette spécificité, les professionnels du travail social se sentent à juste titre déconsidérés et dépossédés de leurs savoir-faire. Un management qui serait pratiqué sur l'individualisation (objectifs et évaluation individuels...) et la sur-responsabilisation des agents vis-à-vis de la « réussite » de leur travail, sans tenir compte de leur spécificité professionnelle, est à cet égard inadapté. Les pratiques managériales visant à remettre en cause la professionnalité des agents sur ces seules exigences hiérarchiques conduisent inévitablement à une perte de sens qui impactera à plus ou moins long terme la santé des agents.

Un fonctionnement managérial qui découlerait de cette approche de la « performance » ne peut qu'entraîner une forte pression sur les personnels, la prégnance du stress et des tensions dans les organisations de travail avec des conséquences sur la qualité du travail et sur la santé. Cette tendance n'épargne

#### 4.4.6 - « Echec et PAT » ou véritable dispositif de reclassement

La multiplication de situations individuelles d'agents confrontés à une problématique d'usure professionnelle et nécessitant un accompagnement en vue d'un reclassement ou d'un aménagement de poste nous amène à réfléchir sur la résolution de cette problématique.

Le renforcement du Pool d'Affectation Transitoire (PAT) de 25 postes supplémentaires au budget prévisionnel en 2016 et de 25 postes en 2017 est, certes,

#### 4.4.7 - Les expérimentations, les évolutions des missions et des fiches de postes

Plusieurs expérimentations ont été conduites sur le territoire par les agences départementales dont certaines perdurent. Ces évolutions n'ont, le plus sou-

- ☛ **Mettre en place une présence physique dans les CDAS jusqu'à la fin du dernier rendez-vous ;**
- ☛ **La sécurisation passe aussi par la posture et la proximité des encadrants qui sont à mobiliser sur ces temps particuliers.**

pas, dans certains cas, notre collectivité et il faut parvenir à sortir de l'approche soupçonneuse sur « la bonne volonté » des travailleurs sociaux.

- ☛ **Construire un modèle d'encadrement qui s'appuie sur la capacité des agents en CDAS à organiser leur travail, sur l'animation d'équipe et la concertation pluridisciplinaire indispensable à l'évaluation sociale, médicale des situations est le plus pertinent.**

Pour être « performantes », les équipes en CDAS ont besoin d'un appui technique qui repose à la fois sur des compétences métier et sur une grande capacité d'animation facilitant les relations de travail et les rapports sociaux.

- ☛ **Sur ce point, la compétence métier de l'encadrement a toute son importance et ne doit pas être supplantée par la seule aptitude à « manager » conférée aux responsables hiérarchiques.**

Pour SUD, les profils de « manager » centrés sur la seule gestion de l'activité et de l'effectif sont incompatibles avec le sens du travail social et donc à proscrire.

- ☛ **Face à l'affaiblissement des collectifs de travail, nous défendons l'importance d'une équipe d'animation et de son rôle prépondérant dans les CDAS. SUD s'oppose à l'installation d'équipes de Direction où les fonctions de médecins PMI, REF, CT seraient consacrés à l'encadrement hiérarchique.**

opportun mais elle ne peut être suffisante. Sans nier cet effort, il aurait été préférable de prévenir les difficultés en créant les postes en CDAS pour renforcer les équipes de façon pérenne.

- ☛ **accompagner les situations individuelles préoccupantes en facilitant leur maintien dans l'emploi (renfort, temps partiel thérapeutique, autres fonctions ...) ou dans le cadre d'un reclassement.**

vent, pas fait l'objet d'une demande ou d'une réflexion préalable avec les agents, ni de bilan avec les personnels sur l'intérêt de leur poursuite.



Faute de créations de postes ou de remplacements, on constate **un glissement et une évolution des tâches vers une plus large délégation** conduisant les professionnels à occuper des fonctions qui ne leur étaient pas initialement dévolues. Les conseillers techniques, par exemple, sont amenés sur certains CDAS à siéger dans les commissions Enfance en lieu et place des REF ailleurs. Pour l'ASE, il existe également **un décalage certain entre leurs attentes vis-à-vis des attributions et implications d'un responsable fonctionnel de proximité et les fonctions effectives du Responsable Enfance Famille partagées entre l'agence départementale et le CDAS.**

#### 4.4.8 - Les actions collectives

Si le soutien des projets innovants initiés par les professionnels et issus d'une concertation et implication réelles des personnels n'est pas contesté, l'allocation de moyens conditionnée à la mise en place impérative de projets sans l'initiative du terrain et « sur commande » est insensée. Cette dotation est d'autant plus incompréhensible que, dans le même temps, l'investissement des agents dans des actions spontanées (faute de ressources ou des relais possibles sur le territoire des CDAS) n'est pas pris en compte dans la

#### 4.4.9 - La confidentialité et le secret professionnel

Le secteur social connaît depuis plusieurs années un certain nombre d'évolutions, voire de mutations des pratiques (avec la dématérialisation, la numérisation des données, les fichiers d'utilisateurs...) qui bousculent la protection des données personnelles. L'informatisation et les nouvelles technologies constituent à cet égard un risque pour le travail social. Elles remettent en cause dans certains cas les principes éthiques en termes de secret professionnel, d'anonymat des usagers et de confidentialité des informations qui, jusqu'alors, préservaient la relation de confiance entre professionnels et usagers.

#### 4.4.10 - Les référentiels sociaux et médico-sociaux

La réflexion qui s'ouvre sur ces outils d'aide à la décision appelle à quelques observations qui font référence à la fois à la quantification du travail social et aux conditions qui actuellement encadrent leur mise en œuvre.

Faute de clarification de ce type d'outils dans notre collectivité, l'accord pour l'attribution de moyens est souvent considéré par le personnel comme l'incarnation d'un pouvoir hiérarchique, ou comme une concession accordée à tel ou tel service, et non comme une réponse pragmatique à un déficit de ressources humaines. En effet, il est aujourd'hui comptabilisé dans les indicateurs d'activités, le nombre de mesures exercées (MASP, IP, accueils provisoires...) et non le temps consacré au suivi et à l'accompagnement des usagers, ce qui exclut de la quantification

☛ Ces évolutions ont, pour la plupart, manqué de concertation avec les professionnels ce qui participe à une certaine confusion dans les organisations et une déstabilisation des agents.

**Une clarification des fiches de poste et une attention sur les glissements de tâches sont nécessaires.**

☛ **Nous demandons un bilan de la mise en place des REF (positionnement fonctionnel, affectation en agence...) et de toutes les expérimentations mises en place depuis 2010.**

charge de travail ni compensé. C'est la raison pour laquelle certaines actions collectives ne sont plus reconduites bien que pertinentes et malgré le besoin de la population.

☛ **Conduire un véritable travail de reconnaissance des actions collectives menées par les travailleurs sociaux (en dehors de celles labellisées « expérimentations » avec des fonds et du temps accordés).**

D'autre part, des évolutions législatives en lien avec l'État d'urgence s'opposent aujourd'hui au secret professionnel auquel sont soumis les travailleurs sociaux. Cette menace constitue désormais un risque pour les professionnels d'être condamnés. La poursuite abusive d'un agent de CDAS en janvier 2016 opposant le respect de ce principe nous rappelle de fait cette évidence.

☛ **La défense du secret professionnel des travailleurs sociaux doit être réaffirmée par la collectivité et la mobilisation de moyens juridiques actionnée pour protéger le personnel.**

tout le travail mené et la prévention. Or, si cette prévention en amont ne s'exerce plus, la situation s'en trouvera plus tard dégradée et engendrera au final un coût plus important pour la collectivité (placement, mesures, etc).

☛ **Si des référentiels devaient être remis en place, ils ne peuvent se réduire à des outils d'une gestion stricte du personnel mais doivent plutôt être considérés comme une aide à la décision.**

*Les critères à prendre en compte doivent à la fois intégrer les particularités des CDAS (pauvreté, ressources sur le territoire, mobilité...), des métiers (itinérants), mais aussi la prévention et les temps incontournables de concertation pluridisciplinaire et indispensable de réflexion.*

#### 4.4.11 - Médecine préventive

Il est indispensable de réaffirmer l'utilité des visites médicales obligatoires dans le cadre d'un suivi régulier pour tous les agents afin d'éviter toute altération de leur état de santé. Rappelons que la périodicité est fixée tous les 2 ans par le décret n° 2008-339 du 14 avril 2008. L'organisation des visites de la médecine de prévention fait partie de l'obligation de sécurité de l'employeur et l'absence de visites médicales cause nécessairement un préjudice à l'agent (Arrêt Cour de cassation soc. n° 12-16529 du 6 novembre 2013).

- ☛ **Compte tenu de l'exposition aux risques psychosociaux pour les agents des CDAS, nous demandons une surveillance renforcée pour les personnels dans le cadre d'un examen médical annuel.**
- ☛ **Au regard de l'effectif, nous préconisons en conséquence un renfort des médecins de prévention dans le cadre de cette surveillance médicale renforcée.**

#### 4.4.12 - Les assistantes familiales

Personnel de la collectivité, les professionnelles assistantes familiales interviennent auprès des enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance. Elles devraient dans ce cadre être intégrées dans les équipes ASE. Bien que la collectivité œuvre pour reconnaître cette profession au sein du dispositif d'accueil, les assistantes familiales restent encore trop souvent considérées comme des partenaires plutôt que des collègues.

Pour autant, elles sont touchées et exposées aux mêmes risques que les travailleurs sociaux avec la spécificité d'être en situation de travailleur isolé à domicile et en responsabilité permanente des enfants confiés. Elles sont à ce titre également fragilisées par les problématiques affectant le travail social (perte de sens, enfants à problématiques multiples, défaut de prise en charge médico-sociale...).

On constate des similitudes entre ces professionnelles et les agents des CDAS avec une fatigue chronique, des symptômes d'anxiété ou des situations d'épuisement professionnel qui conduisent à des arrêts maladies de plus en plus longs allant jusqu'aux licenciements pour inaptitude totale et définitive à la fonction.

Ces personnels sont touchés directement par les difficultés en CDAS liées à l'instabilité des équipes ASE, la surcharge de travail des éducateurs, l'indisponibilité

du référent du jeune ou l'absence de concertation. Tout ceci ne fait qu'accentuer l'isolement et la sur-responsabilisation de l'assistante familiale dans l'accueil du jeune et la prise en charge de ses difficultés et l'impact de ces conditions de travail sur la vie personnelle et familiale.

- ☛ **Mettre en place une évaluation des risques psycho-sociaux pour les assistantes familiales de la collectivité ;**
- ☛ **mettre en place un examen médical périodique par la médecine préventive pour les assistants familiaux au même titre que les travailleurs sociaux ;**
- ☛ **instaurer un accueil relais dès l'arrivée de l'enfant sous forme de binôme pour soulager la prise en charge et dans le cas d'arrêt maladie ou de circonstances particulières (décès d'un proche) ;**
- ☛ **poursuivre l'intégration des assistantes familiales dans les équipes ASE pour plus de reconnaissance professionnelle, limiter leur isolement et favoriser la concertation ;**
- ☛ **sécuriser l'activité des assistantes familiales par une titularisation au sein de la collectivité pour mettre un terme à leur précarité d'emploi.**

suivez l'actualité syndicale sur <http://www.sud-ct35.org/>



## 5 - La responsabilité de l'employeur

Une obligation générale de sécurité et de protection de la santé physique et mentale incombe aux employeurs publics et privés, pour l'ensemble des salariés et des agents publics, quel que soit leur statut professionnel (livres I à V de la quatrième partie du Code du travail).

Rappelons qu'il ne s'agit pas pour l'employeur de rechercher seulement la conformité à des obligations précises mais d'obtenir le résultat attendu.

Dans le respect des dispositions de l'article L.4121-2 du Code du travail, il lui revient d'évaluer les risques, de les combattre à la source, d'adapter le travail à l'homme (conception des postes de travail, choix des équipements des méthodes de travail et de production), de planifier la prévention (technique, organisation de travail, conditions de travail, relations sociales, risques liés au harcèlement moral), de prendre les mesures de protection collective et de donner les instructions appropriées aux travailleurs.

L'accord cadre du 22 octobre 2013 sur la prévention des risques psycho-sociaux dans la Fonction publique va plus loin dans les engagements des employeurs publics en matière de prévention des risques professionnels avec notamment la réalisation d'un diagnostic présenté au CHSCT conduisant, en fonctions des risques psycho-sociaux identifiés, à la mise en œuvre d'actions d'améliorations des conditions de travail.

Dans l'accord cadre sur la prévention des RPS, il est stipulé que « la prévention des risques psycho-sociaux

*nécessite une approche qui prenne en compte le travail réel, s'appuyant sur le vécu des acteurs et l'analyse des prescriptions dans le cadre de l'organisation du travail dans les services concernés et prenant en considération les spécificités de chaque unité de travail. Elle implique par ailleurs que les agents soient effectivement associés à cette démarche de prévention sur leur lieu de travail comme au travers de leurs représentants dans les CHSCT ».*

D'une manière générale, le CHSCT doit être associé à chacune des deux phases (diagnostic et préconisation) en tant qu'instance légitime d'échanges, de débats et d'avis entre l'ensemble des acteurs impliqués dans la prévention.

➤ **Nous demandons l'application de cet accord cadre du 22 octobre 2013 pour l'ensemble des CDAS de la collectivité et pour chaque unité de travail.**

Concernant les mesures prises par notre employeur, celles-ci l'ont été jusqu'ici au titre de la prévention secondaire (sécurité dans les CDAS, régulation et analyse de pratiques, actions de formation sur les usagers violents à troubles psychiques).

➤ **Nous demandons que la prévention primaire soit mobilisée par l'employeur pour éliminer les facteurs de risques au sein des CDAS en agissant sur leurs causes.**



## pour conclure

Nous avons, dans cette étude, cherché à analyser les situations particulières de travail dans les CDAS pour permettre à l'employeur de sortir de la tentation de limiter l'observation et le traitement des risques psychosociaux sous l'angle individuel.

Nous concluons que les agents des CDAS sont particulièrement touchés par les risques psychosociaux avec un malaise particulièrement prégnant.

En raison des logiques d'économie issues des politiques d'austérité et des remises en cause institutionnelles des fondements du travail social, les personnels ont le sentiment d'être dépossédés tant du sens que du contenu de leur travail.

Nous retenons aussi un décalage croissant entre ce qui se fait et se vit sur le terrain et le discours

institutionnel porté par les élus et la hiérarchie, ce qui explique en partie la perception des agents d'un système envahi de lourdeurs de fonctionnement et de pressions contradictoires.

Au département d'Ille-et-Vilaine, les risques psychosociaux prennent leurs sources dans

l'organisation du travail et dans un contexte social qui fragilisent les professionnels, amplifié par l'absence de concertation des personnels dans les évolutions.

Aujourd'hui, l'employeur doit se saisir de l'accord cadre du 22 octobre 2013 en agissant sur les facteurs primaires, secondaires et

tertiaires des risques psychosociaux.

SUD s'inscrira dans cette démarche dès lors que les éléments de ce plan de prévention seront validés. ■



*Ce document est le fruit de la réflexion et de l'élaboration collectives des adhérent-e-s et des correspondant-e-s de Sud dans les CDAS, ainsi que des représentants du personnel au CHSCT. Qu'elles et qu'ils en soient remercié-e-s.*

cahier revendicatif et plan d'action de la section Sud Départementaux 35 - juin 2016



**information ou adhésion**

à adresser sous enveloppe à : section Sud Départementaux 35 - Hôtel du Département - 35042 Rennes Cedex

je souhaite : avoir des renseignements sur Sud  adhérer à Sud

nom :  
prénom :  
service ou adresse :  
téléphone :  
mail :

date :  
signature :